

# FICHE D'INSCRIPTION CAMP JOUR 2019

## IDENTIFICATION

Nom de l'enfant		Sexe M___ F___	
Prénom de l'enfant			
Adresse		Code postal	
No d'assurance-maladie		Expiration / (obligatoire)	
Date de naissance (Année/Mois/Jour)		Âge au 30 septembre 2019	

## PERSONNE À JOINDRE EN CAS D'URGENCE

Mère		Courriel (communications courantes)	
Tél. résidence	Tél.bureau	Cellulaire	
Père		Courriel (communications courantes)	
Tél. résidence	Tél.bureau	Cellulaire	

CHOIX POUR LE CAMP DE JOUR	PRIX	COCHER	TOTAL
Temps plein : 1 <sup>er</sup> enfant	350,00 \$		
Temps plein : 2 <sup>e</sup> enfant	325,00 \$		
Temps plein : 3 <sup>e</sup> enfant	300,00 \$		
Camp à la semaine	95,00 \$		
Camp à la journée	25,00 \$		
Pour quelle semaine ou journée? À déterminer maintenant S.V.P.		Grand Total	

CHOIX DU SERVICE DE GARDE	PRIX	COCHER	TOTAL
Été complet	200,00 \$		
40 périodes	120,00 \$		
10 périodes	40,00 \$		
À la période	5,00 \$		
		Grand Total	

Votre enfant fréquentera-t-il le service de garde?	
Le matin: Oui___ Non___	Le soir: Oui___ Non___

Lors de son départ, avec ou sans service de garde, avec qui l'enfant est-il autorisé à partir?	
Seul___ Père___ Mère___ Autre___	

Autre personne: (nom et lien avec l'enfant) \_\_\_\_\_

## MODALITÉS DE REMBOURSEMENT

Dans le cas où l'enfant ne peut plus participer aux activités du camp pour des raisons de santé (preuve médicale à l'appui), la Municipalité remboursera les frais d'inscription au prorata des semaines restantes. Toute demande de remboursement doit être faite par écrit à la Municipalité de L'Avenir.

## DONNÉES MÉDICALES

Votre enfant présente-t-il des problèmes de santé? Oui\_\_\_\_ Non\_\_\_\_

Allergies \_\_\_\_\_ ÉPIPEN Oui\_\_\_\_ Non\_\_\_\_

\*Pour des raisons de sécurité, l'enfant doit transporter son Épipen en tout temps sur lui.

Votre enfant présente-t-il des troubles suivants?

Trouble de comportement ou psychologique ? Oui\_\_\_\_ Non\_\_\_\_ si oui Précisez:

Trouble d'ordre moteur ? Oui\_\_\_\_ Non\_\_\_\_ si oui Précisez:

Autre maladie connue? ? Oui\_\_\_\_ Non\_\_\_\_ si oui Précisez:

A besoin d'un accompagnateur ? Oui\_\_\_\_ Non\_\_\_\_ si oui Précisez:

### IMPORTANT

La Municipalité de L'Avenir n'assume pas de service quant à l'administration et la gestion de la prise de médicaments dans le cadre de son camp de jour et de son service de garde. Sont exclus de cette politique: l'administration d'Épipen et de Pompes en cas de crise d'asthme et ce, afin d'assurer la survie d'un enfant. Cette liste est non limitative et s'applique à tous les premiers soins pouvant être administrés à un enfant participant à des activités.

## AUTORISATION MÉDICALES

J'autorise la direction du camp à faire en sorte que soient prodigués à mon enfant tous les soins nécessaires. Je l'autorise également à transporter mon enfant par ambulance ou autrement (à mes frais) et à le faire admettre dans un établissement de santé. De plus, en cas d'urgence, ou s'il est impossible de nous joindre, j'autorise le médecin choisi par les autorités du camp à prodiguer à mon enfant tous les soins médicaux requis par son état.

Signature \_\_\_\_\_

## AUTORISATION IMAGES

J'autorise le camp de jour à prendre des photos et vidéos de mon enfant. Oui\_\_\_\_ Non\_\_\_\_

Initiale: \_\_\_\_\_

## POUR FINS D'IMPÔTS

À noter que le numéro d'assurance sociale est obligatoire pour émettre un RELEVÉ 24.

Nom du parent payeur

No d'assurance sociale du parent payeur

Adresse (si différente de celle mentionnée au verso)

## RESPECT DES POLITIQUES

Je comprends que le camp se réserve le droit de retirer un enfant du groupe et que, le cas échéant, Je déclare que toute l'information sur le participant est véridique et exacte. Initiale: \_\_\_\_\_

J'ai pris connaissance des politiques et code de vie et je m'engage à les respecter. Initiale : \_\_\_\_\_

**SIGNATURE**

**DATE**

**Veillez retourner à: Municipalité de L'Avenir 545, Rue Principale, L'Avenir, J0C 1B0**

**\* La Fiche d'Inscription (recto-verso)**

**\* 2 Chèques postdatés au nom de la Municipalité de L'Avenir ( 50% le 23 mai et 50% le 20 juin)**



—